

NOM:

DOCUMENT A COMPLETER LE JOUR DU RASSEMBLEMENT ET A REMETTRE AU RESPONSABLE DE LA SELECTION

Prénom:

Rassemblement régional U15 F 29 et 30 oct 2020

District :		
QUESTIONNAIRE FFF COVID-19		
OUI / NON	Avez-vous de la fièvre > 38°C ?	
OUI / NON	Avez-vous une toux ou une augmentation de votre toux habituelle ces derniers jours ?	
OUI / NON	Avez-vous une difficulté à respirer ces derniers jours ?	
OUI / NON	Avez-vous noté une forte diminution de votre goût ou de votre odorat ces derniers jours ?	
OUI / NON	Avez-vous un mal de gorge ces derniers jours ?	
OUI / NON	Avez-vous des douleurs musculaires ou des courbatures inhabituelles ces derniers jours ?	
OUI / NON	Avez-vous des éruptions cutanées ou des engelures ces derniers jours ?	
OUI / NON	Avez-vous de la diarrhée ou des vomissement ces dernières 24 heures ?	
OUI / NON	Avez-vous une fatigue inhabituelle ces derniers jours ? Si OUI (répondre à la question ci-dessous)	
OUI / NON	Cette fatigue vous oblige-t-elle à vous reposer plus de la moitié de la journée ?	
OUI / NON	Êtes-vous dans l'impossibilité de vous alimenter ou de boire depuis 24 h ou plus ?	
OUI / NON	Dans les dernières 24 h, avez-vous noté un manque de souffle INHABITUEL lorsque vous parlez ou faites un petit effort ?	
OUI / NON	Avez-vous été en contact avec de personnes ayant eu la maladie COVID-19 ou suspectes depuis février 2020 ?	
OUI / NON	Avez-vous consulté un médecin pour des symptômes se rapportant à la maladie COVID19 depuis février 2020 ?	
OUI / NON	Avez-vous eu une radiographie pulmonaire ou un scanner thoracique depuis février 2020 ?	
OUI / NON	Avez-vous été hospitalisé pour une suspicion ou une maladie COVID-19?	
OUI / NON	Avez-vous eu des tests PCR ou sérologiques positifs pour la maladie COVID-19?	

LE SPORTIF DEVRA ABSOLUMENT CONSULTER LE MEDECIN AVANT LE RASSEMBLEMENT S'IL

- ➤ a eu le Covid-19
- > a été en contact avec un malade du Covid-19
- > a répondu « OUI » à une question ci-dessus

Data	C: t
Date:	Signature